Aus der Klinik von Professor L. Fraenkel, Breslau.

Verletzungen des Urogenitalapparates durch Geburten und Operationen.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich - Wilhelms-Universität zu Breslau.

vorgelegt von

Martin Basch,

Volontärarzt.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau, 1921.

Druckerei Blumberg, Breslau 3.

Unter 21 Fällen von Harnfisteln aus der L. Fraenkel'schen Klinik sind 5 puerperale und 16 gynäkologische zu verzeichnen. Diese Zahlen beweisen, daß die postoperativen diejenigen post partum jetzt an Häufigkeit bei weitem übertreffen. In der zuletzt veröffentlichten Arbeit von Minakuchi vom Jahre 1913 waren beide Arten von Fisteln gleich stark vertreten. Die Vermehrung der nach Operationen zurückbleibenden Fisteln ist aber nur eine rein absolute und nicht im Verhältnis zu der Zahl der ausgeführten Operationen gestiegen; in früheren Jahren ist eben in der Gynäkologie bedeutend weniger operiert worden. Andererseits ist die Tatsache, daß die Geburtsfisteln in den Hintergrund getreten sind, auf die bessere Durchbildung der Aerzte und Hebammen, die zunehmende Bildung der Bevölkerung und gute Verkehrsmöglichkeiten zurückzuführen. Es ist möglich, daß in der Zeit nach dem Kriege die Proportion wieder zu Ungunsten der puerperalen Fisteln verschoben wird. Denn Unterernährung, Rachitis mit den Verbildungen des Beckens, die sich in späteren Jahren zeigen werden, und Tuberkulose ebenso wie auf schlechten sozialen Verhältnissen beruhende zum Teil ungenügende Vorbildung von Ärzten sind Umstände, die geeignet sind, einen derartigen Einfluß auszuüben.

Das vorhandene Material wird im speziellen in Blasen- und Ureterfisteln gegliedert.

I. Unter den 16 Blasenfisteln sind 11 Blasenscheiden-, 1 Blasenhalsharnröhrenscheidenfistel 3 Blasenscheidencervix- und 1 Blasencervixfistel. 5 von ihnen sind nach Geburten und 11 nach gynäkologischen Operationen aufgetreten. Was die Entstehungsweise der puerperalen Fisteln anbetrifft, so spielt der Druck des vorangehenden Kindsteiles gegen die Symphyse und Abquetschung der vorderen Genitalschlauchwand wohl immer eine gewiße Rolle, auch, wenn außerdem eine direkte Zerreißung der Gewebe in Frage kommt. Es wurde behauptet, daß sofort auftretende Urininkontinenz für eine Zerreißungsfistel, einige Tage später einsetzende für eine Druckfistel beweisend sei. Dies scheint nicht durchgehend richtig zu sein. Denn die Angaben der Patientinnen sind meistens nicht zu kontrollieren, ausfließender Harn kann für Lochialsekret gehalten werden, und außerdem kann Urininkontinenz nach jeder Geburt auftreten durch Lähmung des Blasensphincters. Wichtiger ist das Aussehen der Fistel bei der cystoskopischen Betrachtung. Die akut-traumatisch entstandene Fistel zeigt meist zackige Ränder und faltige Umgebung, die durch den langsamen Druck entstandene Gangränfistel hat allseitig abgerundete Ränder und geht terassenförmig auf die Umgebung über.

An den Frauen, bei denen die postpartalen Fisteln beobachet wurden, ließen sich immer mannigfaltige Zeichen der überstandenen Rachitis nachweisen. Exakte innere Beckenmessungen, die sich wegen Entzündungen und Narbenschrumpfungen selten durchführen lassen, liegen in einem Falle vor; hierbei betrug die Conjugata vera 6 cm. Für die Schwere des Geburtstraumas spricht die Tatsache, daß es sich um Totgeburten handelte, bezw., daß die geborenen Kinder einige Tage nach der Geburt starben. In einem Falle trat der Exitus des Kindes unter Krämpfen ein, die vom Facialisgebiet ausgingen. Hieraus läßt sich ein Schluß auf die Stelle des kindlichen Schädels ziehen, welche den zerstörenden Druck im Geburtskanal ausgeübt hat.

Sichere Anhaltspunkte für eine abweichende Lokalisation der Fisteln bei Erst- und Mehrgebärenden lassen sich weder aus unserem Material noch aus der Literatur erbringen.

Während es sich bei den puerperalen Fisteln in der Mehrzahl um einen Gewebsverlust handelt, ist bei den postoperativen primär meistens nur eine Kontinuitätstrennung vorhanden. Die Umgebung dieser Fisteln weist keine derartig hochgradige Zerstörung auf, wie die der puerperalen. Unter den gynäkologischen Fisteln stehen auch in unserem Material an erster Stelle die nach der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus entstandenen. Immerhin ist das Auftreten von 3 Fisteln nach 45 Freund - Wertheim'schen Operationen als ein sehr geringer Prozentsatz zu bezeichnen. Die Fistel ist hierbei eben nicht immer eine operative, sondern eine carcinomatöse; die Blase ist vorher schon von Carcinom durchsetzt und die Entfernung des Tumors macht das Leiden manifest.

2 Fisteln sind als Nebenverletzungen bei der vaginalen Inzision entstanden; unter ungefähr 400 ausgeführten sind es die einzigen bisher beobachteten, und sie waren durch die Lage des Exsudates vor dem Uterus begründet.

Das Hauptsymptom einer Blasengenitalfistel kann durch verschiedene Umstände so verschleiert werden, daß es oft schwer ist, daraus allein die Diagnose zu stellen. In erster Linie ist hierbei der Ventilverschluß zu nennen, bedingt durch einen besonderen Verlauf des Fistelganges, durch besondere Kleinheit oder gewissen hohen Sitz der Fistel. Aber auch die Tatsache, daß Fistelkranke ihre mangelnde Kontinenz durch Verwendung der Beckenbodenmuskulatur zu beheben suchen, kann über das Bestehen einer Fistel Zweifel erwecken. Belege für diese Vorkommnisse sind in der Arbeit gegeben.

Aus diesen Schwierigkeiten heraus haben sich besondere Methoden der Untersuchung entwickelt, unter denen hauptsächlich gewisse Farbproben mit und ohne Cystoskopie eine Rolle spielen.

Als allgemeine Behandlungsmethode einer Blasengenitalfistel gilt heute die Gewebsverschiebung und Naht, aber nicht immer prinzipiell die des Blasenloches. Vorher muß aber die Wahl des Zeitpunktes der Operation sorgfältig erwogen werden. Die einzelnen, sehr zahlreichen Operationsmethoden sind in der Arbeit angeführt; unter ihnen sind am bemerkenswertesten die Freund'sche und Küstner'sche Metroplastik, d. h. die Verwendung des Uteruskorpus oder -collums zum Fistelverschluß. Hervorzuheben ist außerdem in neuester Zeit die Zweifel'sche Fisteloperation per laparotomiam. Eine weitere, bisher noch nicht angegebene Methode wird hier zum ersten Male vorgeschlagen und ist an der Leiche erprobt worden. Es handelt sich um ein Vordringen zur Blase auf suprasymphysärem, extraperitonealem Wege. Die Versuche an der Leiche haben ergeben, daß es ohne besondere Schwierigkeiten möglich ist, abdominal unter Schonung des Peritoneums an die Hinterwand der Blase zu gelangen und die Fistel zu beseitigen. Die Methode soll, sobald ein geeigneter Fall zur Beobachtung kommt, an der Lebenden angewandt werden.

II. Die Ureterverletzungen waren bis auf einen Fall, der nach einem schweren Partus auftrat, immer die Folge von gynäkologichen Operationen. Diese sind auch im allgemeinen als überwiegender ätiologischer Faktor anzusehen. 4 mal handelte es sich um eigentliche Fistelbildungen, 2 mal um eine ungewollte Unterbindung bezw. Resektion des Ureters bei der Freund-Wertheim'schen Carcinomoperation. Im Hinblick auf diese beiden Fälle werden die darauf bezüglichen Präventivmaßnahmen besprochen. Bei einer Patientin sind, da ein Exsudat im Douglas vermutet wurde, verschiedentlich vaginale Inzisionen gemacht worden, die nichts ergaben. Endlich kam bei einer Inzision viel Eiter, und im Anschluß daran traten sofort Zeichen einer Ureterfistel auf. Es besteht hier die Möglichkeit, daß es sich von vornherein um eine nicht erkannte, pyonephrotische Senkniere handelte, in welche hinein die vaginale Inzision stattfand.

In 2 Fällen von intraligamentärem Ovarialkystom, bei denen der große Beckenbindegewebshohlraum mit Jodoformgaze zum Bauchschnittwinkel heraus drainiert wurde, kann wohl mit Sicherheit das Entfernen der Tampons für die Ureterläsion und die Fistel verantwortlich gemacht werden.

Bei der Stellung der Diagnose ist die Chromocystoskopie nach Indigkarmingabe die sicherste Methode. Bei der Besprechung der Therapie werden die besten Methoden für Ureterplastik und Ureteroneostomie angeführt und an Fällen illustriert. Unter gewissen Umständen ist das radikalste Vorgehen, die Nephrectomie, nicht zu entbehren; sie wurde 2 mal angewandt.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Professor Dr. Küstner.